

Incontinencia fecal

(Fecal Incontinence)

National Digestive Diseases Information Clearinghouse



National Institute of
Diabetes and Digestive
and Kidney Diseases

¿Qué es la incontinencia fecal?

La incontinencia fecal, también denominada problema de control intestinal, es la emisión accidental de heces sólidas o líquidas o mucosidad desde el recto. La incontinencia fecal incluye la incapacidad de retener la deposición hasta llegar al inodoro como así también defecar en la ropa interior sin advertirlo. La deposición, también denominada heces, es residuo sólido que se elimina como defecación e incluye alimentos no digeridos, bacterias, mucosidad y células muertas. La mucosidad es un líquido transparente que cubre y protege los tejidos en el aparato digestivo.

La incontinencia fecal puede ser perturbadora y vergonzosa. Muchas personas con incontinencia fecal se sienten avergonzadas y tratan de ocultar el problema. Sin embargo, las personas con incontinencia fecal no deberían sentir temor ni vergüenza de hablar con su proveedor de atención médica. A menudo, la incontinencia fecal es provocada por un problema médico y existe tratamiento disponible.

¿Quiénes padecen de incontinencia fecal?

Cerca de 18 millones de adultos (aproximadamente uno de cada 12) en EE. UU. tienen incontinencia fecal.¹ Las personas de cualquier edad pueden tener un problema de control intestinal, aunque la incontinencia fecal es más frecuente en adultos mayores. La incontinencia fecal es levemente más frecuente en mujeres. Tener alguno de los siguientes problemas puede aumentar el riesgo:

- diarrea, es decir, la eliminación de heces blandas y acuosas tres o más veces al día
- urgencia, o la sensación de tener muy poco tiempo para llegar al inodoro para realizar una deposición
- una enfermedad o lesión que daña el sistema nervioso
- salud general deteriorada debido a múltiples enfermedades crónicas o prolongadas
- un parto difícil con lesiones en el piso pélvico (los músculos, ligamentos y tejidos que sostienen el útero, la vagina, la vejiga y el recto)

¹Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, et al. Fecal incontinence in U.S. adults: epidemiology and risk factors. *Gastroenterology*. 2009;137(2):512-517.

¿Qué es el tubo digestivo?

El tubo digestivo es una serie de órganos huecos que se unen en un tubo largo y enrollado desde la boca hasta el ano. El movimiento de los músculos en el tubo digestivo, junto con la liberación de hormonas y enzimas, permite la digestión de los alimentos. Los órganos que conforman el tubo digestivo son la boca, el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso (que incluye el apéndice, el ciego, el colon y el recto) y el ano. El intestino se divide en intestino grueso e intestino delgado. La última porción del tubo digestivo, denominado el tubo digestivo inferior, consiste en el intestino grueso y el ano.

El intestino grueso absorbe agua y todos los nutrientes restantes de los alimentos parcialmente digeridos que pasan desde el intestino delgado. El intestino grueso luego convierte los desechos de líquido a heces. Las heces pasan del colon al recto. El recto se encuentra entre la última parte

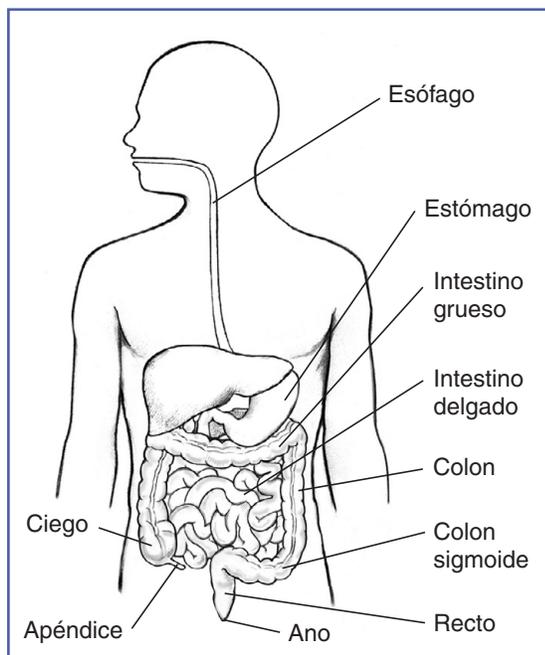
del colon, denominada el colon sigmoide, y el ano. El recto almacena heces antes de una deposición. Durante una deposición, las heces se mueven del recto al ano, la abertura por la que las heces abandonan el cuerpo.

¿Cómo funciona el control intestinal?

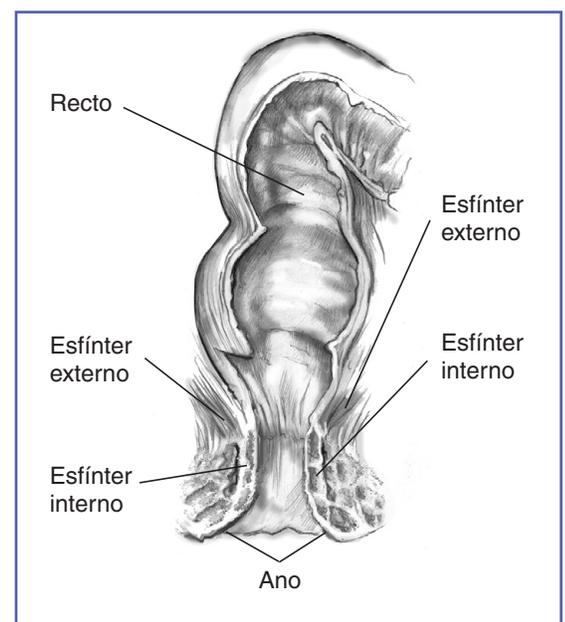
El control intestinal depende del trabajo conjunto de los músculos y nervios del recto y el ano para

- mantener las heces en el recto
- informarle a la persona cuando el recto está lleno
- despedir las heces cuando la persona está lista

Los músculos circulares denominados esfínteres se cierran estrechamente como gomas elásticas alrededor del ano hasta que las heces estén listas para ser despedidas. Los músculos del piso pélvico también ayudan al control intestinal.



El tubo digestivo inferior



Los músculos del esfínter externo e interno del ano

¿Qué causa la incontinencia fecal?

La incontinencia fecal tiene muchas causas, entre ellas

- diarrea
- estreñimiento
- daño o debilidad muscular
- daño de los nervios
- pérdida de elasticidad en el recto
- parto vaginal
- hemorroides y prolapso rectal
- rectocele
- inactividad

Diarrea

La diarrea puede causar incontinencia fecal. Heces flojas llenan rápidamente el recto y son más difíciles de retener que las heces sólidas. La diarrea aumenta la probabilidad de no llegar al baño a tiempo.

Estreñimiento

El estreñimiento puede provocar heces grandes y duras que estiran el recto y causan que los músculos del esfínter interno se relajen por reflejo. Detrás de las heces duras se acumulan heces acuosas que pueden salir alrededor de las heces duras, lo que provoca incontinencia fecal.

El tipo de estreñimiento con más probabilidades de provocar incontinencia fecal ocurre cuando las personas no pueden relajar el esfínter externo y los músculos del piso pélvico al hacer fuerza para tener una deposición y contraer, por lo general, equivocadamente estos músculos en lugar de relajarlos. Esta contracción dificulta el paso de las heces y puede causar una gran

cantidad de heces en el recto. Este tipo de estreñimiento, denominado defecación disinérgica o defecación disfuncional, es el resultado de un aprendizaje incorrecto. Por ejemplo, los niños o adultos que tienen dolor al defecar pueden aprender inconscientemente a contraer los músculos para retrasar la defecación y evitar el dolor.

Daño o debilidad muscular

La lesión de uno o ambos músculos del esfínter puede causar incontinencia fecal. Si estos músculos, denominados músculos del esfínter externo e interno del ano, se dañan o debilitan, pueden no ser lo suficientemente fuertes para mantener el ano cerrado y evitar que salgan las heces.

Traumatismos, lesiones del parto, cirugía de cáncer y cirugía de hemorroides son causas posibles de lesiones de los esfínteres. Las hemorroides son vasos sanguíneos inflamados dentro y alrededor del ano y el recto inferior.

Daño de los nervios

Los músculos del esfínter anal no se abrirán y cerrarán adecuadamente si los nervios que los controlan están dañados. De igual manera, si los nervios que sienten las heces en el recto están dañados, es posible que la persona no sienta las ganas de ir al baño. Ambos tipos de daño de los nervios pueden provocar incontinencia fecal. Las posibles fuentes de daños de los nervios son el parto, un hábito prolongado de hacer fuerza para defecar, lesión en la médula espinal y enfermedades, como diabetes y esclerosis múltiple, que afectan los nervios que van a los músculos del esfínter y el recto. Lesiones cerebrales causadas por accidente cerebrovascular, traumatismos en la cabeza o determinadas enfermedades también pueden provocar incontinencia fecal.

Pérdida de elasticidad en el recto

Normalmente, el recto se estira para retener las heces hasta que la persona tiene una deposición. La cirugía rectal, la radioterapia y las enfermedades inflamatorias del intestino (trastornos crónicos que causan irritación y llagas en el revestimiento del aparato digestivo) pueden causar que las paredes rectales se vuelvan tiesas. Por lo tanto, el recto no puede estirarse lo suficiente para retener las heces, lo que aumenta el riesgo de incontinencia fecal.

Parto vaginal

En ocasiones el parto causa lesiones a los músculos y nervios en el piso pélvico. El riesgo es mayor si se utilizan fórceps para ayudar a que nazca el bebé o si se realiza una episiotomía (un corte en el área vaginal para evitar que la cabeza del bebé desgarre la vagina durante el nacimiento). La incontinencia fecal relacionada con el parto puede aparecer poco después del parto o muchos años después.

Hemorroides y prolapso rectal

Las hemorroides externas, que se desarrollan debajo de la piel alrededor del ano, pueden evitar que los músculos del esfínter anal se cierren por completo. El prolapso rectal, una afección que causa que el recto

sobresalga por el ano, también puede evitar que los músculos del esfínter anal cierren bien para evitar pérdidas. A través del ano, puede haber pérdidas de pequeñas cantidades de mucosidad o heces líquidas.

Rectocele

El rectocele es una afección que causa que el recto sobresalga por la vagina. El rectocele puede suceder cuando se debilita la capa delgada de los músculos que separan el recto de la vagina. En el caso de mujeres con rectocele, hacer fuerza para tener una deposición puede ser menos efectivo ya que el rectocele reduce la cantidad de fuerza hacia abajo a través del ano. El resultado puede ser la retención de heces en el recto. Es necesario realizar más investigaciones para estar seguros de que el rectocele aumenta el riesgo de incontinencia fecal.

Inactividad

Las personas que son inactivas, en especial las que pasan muchas horas al día sentadas o acostadas, tienen un mayor riesgo de retener una gran cantidad de heces en el recto. Por lo tanto, pueden filtrarse heces líquidas alrededor de heces más sólidas. Los adultos mayores y de salud delicada tienen mayores probabilidades de desarrollar incontinencia fecal relacionada con estreñimiento por este motivo.

¿Cómo se diagnostica la incontinencia fecal?

Los proveedores de atención médica diagnostican la incontinencia fecal en función de los antecedentes médicos de la persona, un examen físico y los resultados de pruebas médicas. Además de antecedentes médicos generales, es posible que el proveedor de atención médica haga las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo comenzó la incontinencia fecal?
- ¿Con qué frecuencia ocurre la incontinencia fecal?
- ¿Qué cantidad de heces salen? ¿Las heces apenas pasan la ropa interior? ¿Solo sale un poco de heces sólidas o líquidas u ocurre una pérdida completa de control intestinal?
- ¿La incontinencia fecal implica unas ganas enormes de tener una deposición o sucede sin advertencia?
- Para las personas con hemorroides, ¿las hemorroides sobresalen a través del ano? ¿Las hemorroides se contraen solas o es necesario empujarlas con el dedo?
- ¿De qué manera la incontinencia fecal afecta la vida diaria?
- ¿La incontinencia fecal empeora después de comer? ¿Pareciera que determinados alimentos empeoraran la incontinencia fecal?
- ¿Es posible controlar la expulsión de gases?

Quizás las personas deseen llevar un diario de deposiciones durante varias semanas antes de su consulta para que puedan contestar estas preguntas. Un diario de deposiciones es un gráfico para registrar los detalles de las deposiciones diarias. En el sitio web www.bowelcontrol.nih.gov de la Campaña para aumentar el conocimiento sobre el control intestinal (Bowel Control Awareness Campaign), se encuentra disponible un diario de deposiciones de muestra.

La persona puede ser derivada a un médico especializado en problemas del aparato digestivo, como un gastroenterólogo, proctólogo o cirujano colorrectal, o un médico especializado en problemas de los sistemas urinario y reproductivo, como un urólogo o un uroginecólogo. El especialista realizará un examen físico y puede sugerir una o más de las siguientes pruebas:

- manometría anal
- ultrasonido anal
- resonancia magnética (RM)
- defecografía
- sigmoidoscopia flexible o colonoscopia
- electromiografía (EMG) anal

Manometría anal. La manometría anal utiliza sensores de presión y una sonda que puede inflarse en el recto para verificar la sensibilidad y función del recto. La manometría anal también verifica la tensión de los músculos del esfínter anal alrededor del ano. Para prepararse para esta prueba, la persona debe usar un enema y no comer nada 2 horas antes de la prueba. Para realizar un enema, se introduce agua o un laxante en el ano utilizando un rociador

especial. Un laxante es un medicamento que afloja las heces y aumenta las deposiciones. Para esta prueba, se coloca en el ano un catéter delgado con una sonda en la punta y sensores de presión debajo de la sonda hasta que la sonda esté en el recto y los sensores de presión se encuentren en el canal anal. Se tira lentamente del catéter a través del músculo del esfínter para medir el tono muscular y las contracciones. No se necesita anestesia para esta prueba, que dura alrededor de 30 minutos.

Ultrasonido anal. El ultrasonido utiliza un dispositivo, denominado transductor, que hace rebotar ondas sonoras seguras e indoloras en los órganos para crear una imagen de su estructura. Un ultrasonido anal es específico para el ano y el recto. Un técnico especialmente capacitado realiza el procedimiento en el consultorio de un proveedor de atención médica, centro ambulatorio u hospital, y un radiólogo (médico especializado en imágenes médicas) interpreta las imágenes. No se necesita anestesia. Las imágenes pueden mostrar la estructura de los músculos del esfínter anal.

RM. Las máquinas de RM utilizan ondas de radio e imanes para producir imágenes detalladas de los órganos internos y los tejidos blandos del cuerpo sin usar rayos X. Un técnico especialmente capacitado realiza el procedimiento en un centro ambulatorio u hospital y un radiólogo interpreta las imágenes. No se necesita anestesia, aunque a las personas con temor a los espacios cerrados se les puede dar medicación para ayudarlos a relajarse. Una RM puede incluir la inyección de un tinte especial, denominado medio de contraste. Con la mayoría de las máquinas de RM, la persona se recuesta en una mesa que se desliza

por un dispositivo con forma de túnel y que puede tener un extremo abierto o cerrado. Algunas máquinas más nuevas están diseñadas para permitir a la persona recostarse en un espacio más abierto. Las RM pueden mostrar problemas con los músculos del esfínter anal. La RM es una alternativa al ultrasonido anal que puede proporcionar información más detallada, en especial sobre el esfínter anal externo.

Defecografía. Esta radiografía del área alrededor del ano y del recto muestra cuán bien puede la persona retener y evacuar heces. La prueba también identifica cambios estructurales en el recto y en el ano, como rectocele y prolapso rectal. Para prepararse para la prueba, la persona utiliza dos enemas y no come nada 2 horas antes de la prueba. Durante la prueba, el proveedor de atención médica llena el recto con una pasta blanda que aparece en la radiografía y que tiene la misma consistencia que las heces. La persona se sienta en un inodoro dentro de una máquina de rayos X. Primero se le pide a la persona que cierre y contraiga los músculos del esfínter para evitar pérdidas y que luego haga fuerza como si tuviera una deposición. El radiólogo estudia las radiografías para identificar problemas con el recto, el ano y los músculos del piso pélvico.

Sigmoidoscopia flexible o colonoscopia. Estas pruebas se utilizan para ayudar a diagnosticar problemas que causan la incontinencia fecal. Las pruebas son similares, pero la colonoscopia se utiliza para ver el recto y todo el colon, mientras que la sigmoidoscopia flexible se utiliza para ver solo el recto y el colon inferior. Un gastroenterólogo realiza estas pruebas en un hospital o centro ambulatorio. Para estas

pruebas, un proveedor de atención médica proporcionará instrucciones que se seguirán en el hogar para preparar el intestino. Se le puede pedir a la persona que siga una dieta de líquidos claros durante 1 a 3 días antes de cualquiera de las pruebas. Es posible que se requiera un laxante la noche antes de la prueba. Pueden requerirse uno o más enemas la noche antes y aproximadamente 2 horas antes de la prueba.

En la mayoría de los casos, las personas recibirán una anestesia liviana y posiblemente un medicamento para el dolor para que se relajen durante la sigmoidoscopia flexible. Para la colonoscopia se utiliza anestesia. Para cualquiera de ambas pruebas, la persona se recostará en una mesa mientras el gastroenterólogo coloca un catéter flexible en el ano. Una pequeña cámara en el catéter envía una imagen de video del revestimiento intestinal a la pantalla de una computadora. La prueba puede mostrar problemas en el tubo digestivo inferior que pueden estar causando el problema de control intestinal. El gastroenterólogo también puede realizar una biopsia, un procedimiento mediante el que se toma una porción de tejido del revestimiento del intestino para examinar con un microscopio. La persona no sentirá la biopsia. Un patólogo (médico especializado en diagnosticar enfermedades) examina el tejido en un laboratorio para confirmar el diagnóstico.

Durante la primera hora después de estas pruebas pueden ocurrir calambres o hinchazón. No se permite conducir durante 24 horas después de una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia para permitir que pase el tiempo de la anestesia. Antes de la cita, la persona debe hacer planes para el traslado de vuelta a su hogar. Se prevé la recuperación total para el día siguiente y la persona puede regresar a una dieta normal.

EMG anal. La EMG anal controla la salud de los músculos del piso pélvico y los nervios que controlan los músculos. El proveedor de atención médica coloca en el músculo, a través de la piel, un electrodo con una aguja muy fina. El electrodo en la aguja detecta la actividad eléctrica producida por los músculos y la muestra como imágenes en un monitor o sonidos a través de un altavoz. Un tipo alternativo de EMG anal utiliza placas de acero inoxidable conectadas a los lados de un conector plástico en lugar de una aguja. El conector se coloca en el canal anal para medir la actividad eléctrica del esfínter anal externo y demás músculos del piso pélvico. La cantidad promedio de actividad eléctrica cuando la persona se relaja tranquilamente, contrae para evitar una deposición y hace fuerza para tener una deposición muestra si hay daño en los nervios que controlan el esfínter externo y los músculos del piso pélvico.

¿Cómo se trata la incontinencia fecal?

El tratamiento para la incontinencia fecal puede incluir una o más de las siguientes medidas:

- alimentación, dieta y nutrición
- medicamentos
- educación intestinal
- ejercicios del piso pélvico y biorregulación
- cirugía
- estimulación eléctrica

Alimentación, dieta y nutrición

Los cambios alimenticios que pueden mejorar la incontinencia fecal incluyen los siguientes:

- **Comer la cantidad adecuada de fibra.** La fibra puede ayudar con la diarrea y el estreñimiento. La fibra se encuentra en frutas, verduras, granos enteros y frijoles. Los suplementos de fibra que se venden en farmacias o en dietéticas son otra fuente común de fibra para tratar la incontinencia fecal. La Academia de Nutrición y Dietética (Academy of Nutrition and Dietetics) recomienda consumir de 20 a 35 gramos de fibra por día para adultos y “su edad más cinco” gramos para niños. Por ejemplo, un niño de 7 años de edad debe recibir “7 más cinco,” o 12, gramos de fibra al día. Los adultos estadounidenses consumen solo 15 gramos al día en promedio.² La fibra se debe agregar de a poco a la dieta para evitar hinchazón.
- **Beber en abundancia.** Beber ocho vasos de 8 onzas de líquido al día puede ayudar a evitar el estreñimiento. El agua es una buena elección. Las bebidas con cafeína, alcohol, leche o carbonatadas deben evitarse si producen diarrea.

²Slavin JL. Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. *Journal of the American Dietetic Association*. 2008;108(31):1716–1731.

Mantener un diario de alimentos

Un diario de alimentos puede ayudar a identificar los alimentos que causan diarrea y aumentan el riesgo de incontinencia fecal. En el diario de alimentos se deben incluir los alimentos ingeridos, el tamaño de la porción y cuándo ocurre la incontinencia fecal. Después de unos días, el diario debería mostrar una relación entre determinados alimentos y la incontinencia fecal. Comer menos cantidad de los alimentos relacionados con la incontinencia fecal puede mejorar los síntomas. Un diario de alimentos también puede ser de utilidad para un proveedor de atención médica que trata a una persona con incontinencia fecal.

Los alimentos y las bebidas comunes que tienen relación con la incontinencia fecal incluyen

- productos lácteos como leche, queso y helado
- bebidas y alimentos que contienen cafeína
- carne curada o ahumada como salchicha, jamón y pavo
- alimentos muy condimentados
- bebidas alcohólicas
- frutas como manzanas, melocotones y peras
- alimentos grasosos
- endulzantes en bebidas dietéticas y goma de mascar y dulces sin azúcar, incluidos sorbitol, xilitol, manitol y fructosa

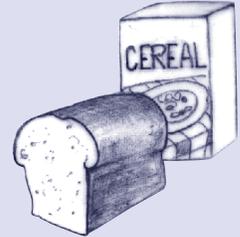
Ejemplos de alimentos que contienen fibra

Frijoles, cereales y panes

1/2 taza de frijoles (blanco, pinto, colorado, etc.), cocidos	
1/2 taza de trigo triturado, cereal listo para comer	
1/3 taza de salvado 100%, cereal listo para comer	
1 panecillo pequeño de salvado de avena	
1 panecillo inglés integral	

Fibra

6.2–9.6 gramos
2.7–3.8 gramos
9.1 gramos
3.0 gramos
4.4 gramos



Frutas

1 manzana pequeña, con cáscara	
1 pera mediana, con cáscara	
1/2 taza de frambuesas	
1/2 taza de ciruelas en compota	

3.6 gramos
5.5 gramos
4.0 gramos
3.8 gramos



Verduras

1/2 taza de zapallo, cocido	
1 batata mediana, horneada con cáscara	
1/2 taza de arvejas, cocidas	
1 papa pequeña, horneada, con cáscara	
1/2 taza de verduras variadas, cocidas	
1/2 taza de brócoli, cocido	
1/2 taza de hojas verdes (espinacas, berza, nabos), cocidas	

2.9 gramos
3.8 gramos
3.5–4.4 gramos
3.0 gramos
4.0 gramos
2.6–2.8 gramos
2.5–3.5 gramos



Fuente: U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services, *Dietary Guidelines for Americans, 2010*.

Medicamentos

Si la diarrea está causando incontinencia fecal, los medicamentos pueden ayudar. En ocasiones los proveedores de atención médica recomiendan usar laxantes a granel, como Citrucel y Metamucil, para desarrollar heces más sólidas que son más fáciles de controlar. Es posible que se recomienden medicamentos antidiarreicos como loperamida o difenoxilato para que el intestino se vuelva más lento y así ayudar a controlar el problema.

Educación intestinal

Desarrollar un patrón de deposiciones regulares puede mejorar la incontinencia fecal, en especial la incontinencia fecal debida a estreñimiento. La educación intestinal consiste en intentar tener deposiciones en momentos específicos del día, como después de cada comida. Con el tiempo, el cuerpo se acostumbra a un patrón de deposiciones regulares, lo que reduce el estreñimiento y la incontinencia fecal relacionada. La perseverancia es clave para una educación intestinal exitosa. Lograr un patrón de control intestinal regular puede llevar de semanas a meses.

Ejercicios del piso pélvico y biorregulación

Los ejercicios que fortalecen los músculos del piso pélvico pueden mejorar el control intestinal. Los ejercicios del piso pélvico incluyen contraer y relajar los músculos del suelo de la pelvis de 50 a 100 veces al día. Un proveedor de atención médica puede ayudar con la técnica adecuada. La terapia de biorregulación también puede ayudar a una persona a realizar los ejercicios correctamente. Esta terapia también mejora la conciencia que tiene la persona de las sensaciones en el recto y le enseña a coordinar las contracciones del músculo del

esfínter externo con la sensación de llenado rectal. La educación en biorregulación utiliza sensores especiales para medir las funciones corporales. Los sensores incluyen presión o sensores EMG en el ano, sensores de presión en el recto y una sonda en el recto para producir sensaciones graduales del recto lleno. Las mediciones se muestran en una pantalla de video como sonidos o gráficos de líneas. El proveedor de atención médica usa la información para ayudar a la persona a modificar o cambiar la función anormal. La persona practica el ejercicio en su casa. El éxito de los ejercicios del piso pélvico depende de la causa de incontinencia fecal, su gravedad y la motivación y la capacidad de la persona de seguir las recomendaciones del proveedor de atención médica.

Cirugía

La cirugía puede ser una opción para la incontinencia fecal que no mejora con otros tratamientos o para la incontinencia fecal causada por lesiones en el piso pélvico o el músculo del esfínter anal.

- **La esfinteroplastia**, la cirugía más frecuente para la incontinencia fecal, vuelve a conectar los extremos separados de un músculo del esfínter desgarrado por el parto u otra lesión. Un cirujano colorrectal, ginecólogo o general realiza la esfinteroplastia en un hospital.
- **Para el esfínter anal artificial** se coloca un manguito inflable alrededor del ano y se implanta una pequeña bomba debajo de la piel que la persona activa para inflar o desinflar el manguito. Esta cirugía es mucho menos frecuente y la realiza un cirujano colorrectal especialmente capacitado en un hospital.

- **Agentes volumétricos no absorbibles** pueden inyectarse en la pared del ano para aumentar el volumen del tejido alrededor del ano. Los tejidos con mayor volumen achican la abertura del ano de modo que los esfínteres puedan cerrar mejor. El procedimiento se realiza en el consultorio de un proveedor de atención médica. No se necesita anestesia. La persona puede retomar las actividades físicas normales una semana después del procedimiento.
- **La desviación del intestino** es una operación que desvía la deposición normal cuando se extirpa parte del intestino. La operación desvía el extremo inferior del intestino delgado o colon a una abertura en la pared del abdomen, el área entre el pecho y la cadera. Se coloca una bolsa externa en la abertura para recoger las heces. Un cirujano realiza el procedimiento en un hospital y se utiliza anestesia. Se puede encontrar más información sobre estos procedimientos en la hoja informativa *Bowel Diversion (Desviación del intestino)* del Centro Coordinador Nacional de Información sobre las Enfermedades Digestivas (National Digestive Diseases Information Clearinghouse) en www.digestive.niddk.nih.gov.

Estimulación eléctrica

En la estimulación eléctrica, también denominada estimulación del nervio sacro o neuromodulación, se colocan electrodos en los nervios sacros al ano y al recto y se estimulan continuamente los nervios con impulsos eléctricos. Los nervios sacros se conectan con la parte de la médula en el área de la cadera. Se coloca debajo de la piel un estimulador que funciona a batería. Según la respuesta de la persona, el proveedor de atención médica puede regular la cantidad

de estimulación para que funcione mejor para ella. La persona puede encender o apagar el estimulador en cualquier momento. El procedimiento se realiza en un centro ambulatorio utilizando anestesia local.

¿Cuáles son los consejos prácticos para sobrellevar la incontinencia fecal?

La incontinencia fecal puede causar vergüenza, temor y soledad. Es importante tomar medidas para sobrellevarla. Los siguientes consejos pueden ser de ayuda:

- Lleve un bolso con artículos de limpieza y una muda de ropa al salir de casa.
- Encuentre baños públicos antes de necesitarlos.
- Vaya al baño antes de salir de casa.
- Use ropa interior desechable o toallitas absorbentes colocadas en la ropa interior.
- Utilice desodorantes fecales (pastillas que reducen el olor de deposiciones y gases). Si bien los desodorantes fecales son de venta libre, un proveedor de atención médica puede ayudar a las personas a encontrarlos.

La acción de comer tiende a desencadenar contracciones del intestino grueso que empujan las heces al recto y también causan que el recto se contraiga de 30 a 60 minutos. Estos dos eventos aumentan la posibilidad de que una persona expulse gases y tenga una deposición poco tiempo después de comer. Esta actividad puede aumentar si la persona es ansiosa. Es posible que las personas con incontinencia fecal deseen evitar comer en restaurantes o en reuniones sociales, o que deseen tomar medicamentos antidiarreicos antes de comer en estas situaciones.

Molestia anal

La piel alrededor del ano es delicada y sensible. El estreñimiento y la diarrea o el contacto entre la piel y las heces pueden provocar dolor o picazón. Los siguientes pasos pueden ayudar a aliviar la molestia anal:

- **Lavar el área anal después de una deposición.** Lavar con agua, pero no con jabón, puede ayudar a evitar molestias. El jabón puede secar la piel, lo que empeora la molestia. Idealmente, el área anal debe lavarse en la ducha con agua tibia o en un baño de asiento, una bañera plástica especial que le permite a la persona sentarse en unas pocas pulgadas de agua tibia. Los limpiadores para la piel sin enjuague, como Cavilon, son una buena alternativa. Limpiarse con papel higiénico irrita más la piel y debe evitarse. Las toallitas humedecidas sin alcohol son una mejor opción.
- **Mantener el área anal seca.** Se debe dejar secar el área anal al aire después de lavar. Si el tiempo no permite el secado al aire, se puede secar el área anal con palmadas suaves con un paño sin pelusas.
- **Crear una barrera de humedad.** Una crema dermoprotectora humectante que contiene ingredientes como dimeticona, un tipo de silicona, puede ayudar a formar una barrera entre la piel y las heces. Se debe limpiar el área anal antes de aplicar la crema de barrera. Sin embargo, las personas deben hablar con su proveedor de atención médica antes de usar cremas anales y ungüentos ya que algunas pueden irritar el ano.
- **Uso de polvo no medicados.** El polvo de talco no medicado o la fécula también pueden aliviar la molestia anal. Al igual que las cremas de barrera humectante, se debe limpiar el área anal y secar antes de aplicar las cremas.
- **Usar toallitas absorbentes o ropa interior desechable.** Las toallitas y la ropa interior desechable con una capa absorbente pueden mantener la piel sin humedad.
- **Usar ropa y ropa interior respirables.** La ropa y la ropa interior deben permitir el flujo de aire y mantener la piel seca. Las prendas ceñidas o la ropa interior de plástico o goma que bloquea el aire pueden empeorar los problemas de la piel.
- **Cambiar la ropa interior sucia lo antes posible.**

¿Qué sucede si un niño tiene incontinencia fecal?

Un niño con incontinencia fecal que ya no usa pañales debe ver a un proveedor de atención médica, quien puede determinar la causa y recomendar tratamiento. La incontinencia fecal puede ocurrir en los niños debido a un defecto o una enfermedad de nacimiento, pero en la mayoría de los casos ocurre debido a estreñimiento.

Con frecuencia los niños sufren estreñimiento debido a que retienen la deposición. Es posible que retengan la deposición porque los estresa dejar los pañales e ir al baño, se avergüenzan de usar un baño público, no quieren interrumpir su hora de juegos o tienen miedo de tener una deposición dolorosa o desagradable.

Al igual que en los adultos, el estreñimiento en los niños puede causar que grandes heces duras se atasquen en el recto. Detrás de las heces duras se acumulan heces acuosas que pueden salir inesperadamente y ensuciar la ropa interior del niño. A menudo los padres confunden esto como un signo de diarrea.

Puntos para recordar

- La incontinencia fecal, también denominada problema de control intestinal, es la emisión accidental de heces sólidas o líquidas o mucosidad desde el recto. La incontinencia fecal incluye la incapacidad de retener la deposición hasta llegar al inodoro como así también defecar en la ropa interior sin advertirlo.
- Cerca de 18 millones de adultos en EE. UU., aproximadamente uno de cada 12, tienen incontinencia fecal. Las personas con incontinencia fecal no deberían sentir temor ni vergüenza de hablar con su proveedor de atención médica.
- La incontinencia fecal tiene muchas causas, entre ellas
 - diarrea
 - estreñimiento
 - daño o debilidad muscular
 - daño de los nervios
 - pérdida de elasticidad en el recto
 - parto vaginal
 - hemorroides y prolapso rectal
 - rectocele
 - inactividad
- Los proveedores de atención médica diagnostican la incontinencia fecal en función de los antecedentes médicos de la persona, un examen físico y los resultados de pruebas médicas.
- El tratamiento para la incontinencia fecal puede incluir una o más de las siguientes medidas:
 - alimentación, dieta y nutrición
 - medicamentos
 - educación intestinal
 - ejercicios del piso pélvico y biorregulación
 - cirugía
 - estimulación eléctrica
- Un diario de alimentos puede ayudar a identificar los alimentos que causan la incontinencia fecal.
- La incontinencia fecal puede ocurrir en los niños debido a un defecto o una enfermedad de nacimiento, pero en la mayoría de los casos ocurre debido a estreñimiento.

Esperanza a través de la investigación

El Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, NIDDK) y otras divisiones de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH) llevan a cabo y respaldan investigaciones sobre muchos tipos de trastornos digestivos, incluida la incontinencia fecal. El tratamiento conductual de desgarros de esfínteres obstétricos (Behavioral Therapy of Obstetric Sphincter Tears, BOOST), financiado bajo el ensayo clínico número NCT01166399 de NIH, analiza a mujeres que sufrieron un desgarro de los esfínteres anales durante el parto para determinar la incidencia de la incontinencia fecal en esta población.

El NIDDK patrocina un estudio de biorregulación para incontinencia fecal, financiado bajo el número de ensayo clínico NCT00124904 de NIH. Los objetivos del estudio son comparar la biorregulación con tratamientos alternativos, identificar cuáles son los pacientes con más probabilidades de beneficiarse y evaluar el efecto del tratamiento en la calidad de vida.

Conductas adaptativas entre mujeres con incontinencia intestinal: El ensayo ABBI, financiado bajo el número de ensayo clínico NCT00729144 de NIH, se centra en la validación del instrumento del índice de adaptación como una medida de conductas adaptativas utilizadas para reducir síntomas de incontinencia fecal entre mujeres. El índice de adaptación fue desarrollado con el aporte de investigadores de la red de alteraciones del piso pélvico (Pelvic Floor Disorders Network) y mejorado a través de grupos especializados, y se está validando en mujeres con incontinencia urinaria y prolapso de órganos pélvicos.

Los ensayos clínicos son estudios de investigación en los que participan personas. Los ensayos clínicos buscan maneras nuevas, seguras y eficaces de prevenir, detectar o tratar enfermedades. Los investigadores también usan los ensayos clínicos para estudiar otros aspectos de la atención clínica, como la manera de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas. Si desea aprender más sobre los ensayos clínicos, por qué son importantes y cómo participar en ellos, visite el sitio llamado NIH Clinical Research Trials and You en www.nih.gov/health/clinicaltrials. Si desea información sobre los estudios actuales, visite www.ClinicalTrials.gov.

Cómo obtener más información

Nota: Algunas de las opciones para comunicarse con las siguientes organizaciones están disponibles solamente en inglés.

American Academy of Family Physicians

P.O. Box 11210
Shawnee Mission, KS 66207-1210
Teléfono: 1-800-274-2237 ó 913-906-6000
Fax: 913-906-6075
Correo electrónico: fp@aafp.org
Internet: www.aafp.org

American College of Gastroenterology

6400 Goldsboro Road, Suite 200
Bethesda, MD 20817
Teléfono: 301-263-9000
Correo electrónico: info@acg.gi.org
Internet: www.acg.gi.org

American Gastroenterological Association

4930 Del Ray Avenue
Bethesda, MD 20814
Teléfono: 301-654-2055
Fax: 301-654-5920
Correo electrónico: member@gastro.org
Internet: www.gastro.org

American Neurogastroenterology and Motility Society

45685 Harmony Lane
Belleville, MI 48111
Teléfono: 734-699-1130
Fax: 734-699-1136
Correo electrónico:
admin@motilitysociety.org
Internet: www.motilitysociety.org

International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders

700 West Virginia Street, Suite 201
Milwaukee, WI 53204
Teléfono: 1-888-964-2001 ó 414-964-1799
Fax: 414-964-7176
Correo electrónico: iffgd@iffgd.org
Internet: www.iffgd.org

Pelvic Floor Disorders Network

Data Coordinating Center
Dennis Wallace
Principal Investigator
RTI International
3040 Cornwallis Road, Cox 239
Research Triangle Park, NC 27709
Teléfono: 919-541-6271
Fax: 919-541-6416
Correo electrónico: dwallace@rti.org
Internet: http://pfdn.rti.org

The Simon Foundation for Continence

P.O. Box 815
Wilmette, IL 60091
Teléfono: 1-800-23-SIMON
(1-800-237-4666) ó 847-864-3913
Fax: 847-864-9758
Correo electrónico:
info@simonfoundation.org
Internet: www.simonfoundation.org

Voices for PFD

American Urogynecologic Society
Foundation
2025 M Street NW, Suite 800
Washington, D.C. 20036
Teléfono: 202-367-1167
Fax: 202-367-2167
Correo electrónico: info@aug.org
Internet: www.voicesforpfd.org

Agradecimientos

Las publicaciones producidas por el Centro Coordinador están siendo cuidadosamente revisadas por científicos de NIDDK y expertos externos. Esta publicación fue revisada originalmente por Arnold Wald, M.D., University of Pittsburgh Medical Center (Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh); Paul Hyman, M.D., University of Kansas Medical Center (Centro Médico de la Universidad de Kansas) y Diane Darrell, A.P.R.N., B.C., Research College of Nursing (Facultad de Investigación de Enfermería), Kansas City, Missouri. William E. Whitehead, Ph.D., University of North Carolina Center for Functional GI and Motility Disorders (Centro para Trastornos de Motilidad y Gastrointestinales Funcionales de la Universidad de Carolina del Norte), revisó la versión actualizada de esta publicación.

Campaña para aumentar el conocimiento sobre el control intestinal

El National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) Bowel Control Awareness Campaign, que en español se llama la campaña para aumentar el conocimiento sobre el control intestinal del Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales, proporciona información actualizada y con base científica sobre los síntomas, diagnóstico y tratamiento sobre los problemas de control intestinal, también conocido como incontinencia fecal. La campaña de conocimiento es una iniciativa del National Digestive Diseases Information Clearinghouse, un servicio del NIDDK.

Descargue esta publicación y aprenda más sobre la campaña de conocimiento en www.bowelcontrol.nih.gov.

También puede encontrar más información sobre este tema al visitar MedlinePlus en español en www.medlineplus.gov/spanish.

Esta publicación podría contener información sobre medicamentos y las afecciones que estos tratan cuando se toman según las indicaciones. Durante la preparación de esta publicación, se incluyó la información más actualizada disponible. Para recibir información al día, o si tiene preguntas sobre cualquier medicamento, comuníquese con la U.S. Food and Drug Administration (FDA). Llame gratis al 1-888-463-6332 (1-888-INFO-FDA), o visite su sitio web en www.fda.gov (en español: www.fda.gov/AboutFDA/EnEspañol). Consulte a su proveedor de atención médica para obtener más información.

El Gobierno de los Estados Unidos no apoya ni prefiere ningún producto ni compañía en particular. Los nombres comerciales, patentados y de compañías que aparecen en este documento se usan únicamente porque se consideran necesarios en el contexto de la información provista. Si algún producto no se menciona, la omisión no significa ni implica que el producto no sea satisfactorio.

National Digestive Diseases Information Clearinghouse

2 Information Way

Bethesda, MD 20892-3570

Teléfono: 1-800-891-5389

TTY: 1-866-569-1162

Fax: 703-738-4929

Correo electrónico: nddic@info.niddk.nih.gov

Internet: www.digestive.niddk.nih.gov

El National Digestive Diseases Information Clearinghouse (NDDIC) es el Centro Coordinador Nacional de Información sobre las Enfermedades Digestivas, un servicio del National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). Este Instituto forma parte de los National Institutes of Health, que a su vez dependen del Department of Health and Human Services de los Estados Unidos. Fundado en 1980, el NDDIC proporciona información sobre las enfermedades digestivas a las personas con trastornos digestivos y a sus familiares, así como a los profesionales de la salud y al público en general. El NDDIC responde a preguntas, produce y distribuye publicaciones y colabora estrechamente con organizaciones profesionales, gubernamentales y de pacientes para coordinar los recursos sobre las enfermedades digestivas.

Esta publicación no tiene derechos de autor. El NDDIC otorga su permiso a los usuarios de esta publicación para que pueda ser reproducida y distribuida en cantidades ilimitadas.

Esta publicación se encuentra en www.digestive.niddk.nih.gov/spanish/index_sp.aspx.



National Institute of
Diabetes and Digestive
and Kidney Diseases

NIH Publication No. 13-4866S
Septiembre 2013